



Nombre: _____

Fecha nacimiento: _____

Dental Treatment Consent Form Kids N More, PLLC

Por favor lea y firme con iniciales los articulos marcados abajo. Por favor, y firme la seccion a fondo de la forma

1. TRABAJO QUE SE HARA

Entiendo que el siguiente trabajo se me va hacer: Empastes__ Limpieza__ Floruro__ Extracciones__
Sellante__ OxidoNitrico__ Pulpotomia terapeutica __ Coronas de plata__ Limpieza Profunda __ Otro

1. inicial ____

2. MEDICACIONES Y ANALGESIAS

Entiendo que antibiòticos, analgesias, y otras medicaciones pueden causar reacciones alèrgicas causando rojez y
inflamaciòn de la piel, dolor, vomito, y/o anafilàctico (reacciones alèrgica severa).

2. inicial ____

3. CAMBIOS EN PLAN DE TRATAMIENT

Entiendo que durante el tratamiento, puede ser necesario cambiar y/o agregar procedimiento debido a las condiciones
encontradas mientras que se trabaja en los dientes que no fueron encontrados durante la reexaminacion, el mas comun es
el tratamiento de endodoncia despues de procedimientos rutinarios.yo doy mi permiso al dentista para hacer
cualquier/todos cambios necesario.

3. inicial ____

4. EXTRACCION DE DIENTES

Los alternativos de las extracciones de los dientes se me han explicado a las condiciones encontradas mientras que se
trabaja en los dientes siguientes _____ y cualquier otros necesarios por razones en parrafo #3. entiendo que el
remover los dientes no siempre remueve la infeccion, presente y tratamiento adicional puede ser necesario. Entiendo las
riesgos envueltos en remover diente, unos son, dolor, hinchazon, infeccion, Zocalo seco perdida de sensacion en mis
dientes, labios, lengua, y tejido fino de la piel (parestesia) que puede durar tiempo infinito (dias o meses) o quijada
fracturada. Entiendo que puedo necesitar tratamiento adicional por medio de un especialista o aun hospitalizacion si

4. inicial ____

5. PUENTES Y CORONAS

Entiendo que en veces no es posible emparejar el color de los dientes naturales a los dientes artificiales. entiendo que
puedo usar coronas temporales, que pueden salir facilmente y que debo tener cuidado hata que se entregan las coronas
permanentes. Relizo que la oportunidad final para hacer cambios en mi corona, o puente (incluyendoforma, tamaño,
ajuste, y color) serà en la cementaciòn

5. inicial ____

6. DENTURAS: COMPLETAS O PARCIAL

Realizado que la dentadura completa o parciales son artificiales, construidas de plàstico o metal y/o porcelana, Los
problemas de usar aparatos se han explicado a mi: incluye flojedad, dolor y posibilidad de fractura. realizo que la
oportunidad final para hacer cambios en mi dentadura nueva (incluyendotamaño, ajuste y color) serà la visita de los
"dientes en cera". Entiendo que la mayoría de las dentadura se requieren reforzar aproximadamente tres a doce meses
despuès de la visita inicial. El costo de este proceso no esta incluido en el precio de la dentadura.

6. inicial ____

7. TRATAMIENTO DE ENDODONCIA

realizado que no hay garantia que un tratamiento de endodoncia salve mi diente, y que complicaciones pueden ocurrir por
medio del tratamiento, y que de ocasiòn objetos de metal se pueden cementar en el diente o extiende de la raiz, que no
necesariamente afecta el èxito del tratamiento. entiendo que de ocasiòn procedimientos cirujanos pueden ser necesarios
despuès de tratamiento de endodoncia (apioctomia).

7. inicial ____

8. PERDIDA PERIODONTAL (HUESO Y TEJIDO FINO DE LA PIEL)

Entiendo que tengo una condiçion seria, causando infecciòn o pèrdida de las encias y hueso que puede conducir la perdida
de dientes. Planes alternativos de tratamientp se han explicado a mi, incluyendo cirugia de las encias, reemplazos y/o
extracciones. Entiendo que emprendiendo caualquier procedimientp dental puede tener efectos adversos en mi condiçion
periodental.

8. inicial ____

Entiendo que la odontologia no es una ciencia exacta y que; por lo tanto los m`edicos respetables no pueden completamente
grantizar los resultados. Reconozco que no se ha hecho ninguna garantia o aseguramiento por cualquier persona con respeto al
tratamiento dental, que he solicitado y autorizado. He tenido la oportunidad de leer esta forma y hacer preguntas. Mis preguntas se
han contestado a mi satisfacciòn. Conciento al tratamiento propuesto.

Firma de Paciente _____ Fecha: _____

Firma del Padre/Guardian si el paciente es menor de edad _____ Fecha: _____